

該当する免許種別等を記載。
麻薬診療施設の場合、麻薬管理者
(管理者がない場合は麻薬
施用者)の免許番号等を記載

調剤済麻薬廃棄届

麻薬免許証の免許
年月日(有効期間の
始期)を記載

免許証の番号	第〇〇〇〇号	免許年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
免許の種類	麻薬小売業	氏名	株式会社 〇〇

麻薬 業務所	所在地	札幌市〇〇区〇〇条〇〇丁目△-□		
	名称	〇〇薬局 ××店		

麻薬診療施設の場合、麻薬管理者
(管理者がない場合は麻薬施
用者)の氏名を記載
麻薬卸売業者、小売業者の場
合は、営業者の氏名(法人の場
合は法人名称)を記載

廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名
		Ms コンチン錠 (10mg)	10錠	平成〇〇年〇〇月〇〇日
廃棄の方法	粉碎後放流			
廃棄の理由	患者家族からの返納のため			

上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住所 (法人にあっては、主
たる事務所の所在地)

札幌市△△区〇条〇丁目□-□

氏名 (法人にあっては名称)

株式会社 〇〇

代表取締役 〇藤 〇男 印

法人の場合は、主たる事務所の所在地
を記載
届出者が国、地方公共団体若しくは法
人の場合、当該麻薬業務所の長(病院
長、支店長等)が届出ても差し支えあ
りません
当該麻薬業務所の長(病院長、支店長
等)が届け出た場合、「住所」は「当
該麻薬業務所の所在地」を記載し、
「氏名」は、「当該麻薬業務所の名称、
長の職名及び氏名」を記載してくだ
さい

法人の場合は、代表者印を押印
届出者が国、地方公共団体若しくは法人
の場合であって、当該麻薬業務所の長(病院
長、支店長等)が届出する場合、Ⓜは当該麻
薬業務所の長の公印又は公印に準じるもの
(麻薬専用印等)を押印してください

捨印

欄外に捨
印を押印

北海道知事殿